

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914 — N° 58

LE BLÉPHAROCHALASIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BRESSON

Né à Saint-Mandé (Seine), le 15 Décembre 1888

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta 32

—
1913

LE BLÉPHAROCHALASIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914 — N° 58

LE BLÉPHAROCHALASIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BRESSON

Né à Saint-Mandé (Seine), le 15 Décembre 1888

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta 32

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	X...
Cliniques chirurgicales.	X...
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale.	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL.
Matière médicale et Botanique.	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	LESIEUR.
Anatomie pathologique.	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.).
Médecine légale	MARTIN (Etienne)
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements.	COMMANDEUR.	—
Embryologie	LATARJET.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon)	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président; PATEL, Assesseur;
MM. LERICHE et THEVENOT (Léon), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR HENRI BRESSON

Médecin principal de 1^{re} classe
Officier de la Légion d'honneur

Sa vie de labeur, de courage et de désintéressement restera toujours pour moi
le plus bel exemple.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

LES DOCTEURS PAUL DARD
et FRÉDÉRIC LÉPINE

A MA MÈRE

Je sais les sacrifices qu'elle s'est imposée pour moi; je lui dédie ce modeste travail en reconnaissance de son dévouement et de sa tendresse infinie.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

En gage de l'affection qui nous unit.

A MON COUSIN PAUL GOISSET

Je me souviendrai toujours de l'excellent accueil que les siens et lui nous ont réservé. L'intérêt qu'il nous porta fut le meilleur des encouragements; nous tenons à l'assurer ici de notre sincère affection, et nous lui souhaitons l'avenir heureux qu'il mérite.

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Il nous a accueilli avec la plus grande bonté; il nous a aidé de sa haute compétence et de ses excellents conseils; son souvenir restera vivace en notre mémoire, et nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUBREUIL

Il fut pour nous un guide des plus précieux et d'une affabilité exquise; qu'il veuille bien accepter l'expression de notre gratitude et de nos sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAROTTE

*Médecin-Major de 1^{re} classe
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous n'oublierons jamais sa grande bienveillance à notre égard et les soins dévoués qu'il nous a prodigués en un temps de détresse physique et morale.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MÉDECINE D'ALGER ET DE LYON

AU DOCTEUR JEAN TERRACOL

Médecin Aide-Major au Val-de-Grâce

A notre grand ami de lycée et d'école auquel nous sommes lié par des souvenirs lointains, mais impérissables. Nous souhaitons pour lui et les siens l'avenir le meilleur.

AUX DOCTEURS G. CHAUMET, F. CONVERS et A. COSTEDOAT

Les liens d'amitié qui nous unissent à eux sont de ceux que le temps ne saurait rompre.

AUX DOCTEURS G. BARBIER, E. COUTURE et R. LAMOUNETTE

Vieux amis connus sur la terre ensoleillée d'Algérie, nous avons eu le bonheur de les retrouver au milieu des brumes Lyonnaises, et de pouvoir réchauffer notre cœur auprès d'eux. Qu'il nous soit permis de les remercier ainsi que leurs parents de l'accueil vraiment familial qu'ils nous ont réservé.

INTRODUCTION

A côté des ptosis résultant d'une paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure, on a classé, le plus souvent sous le nom de blépharochalasis, un certain nombre de cas qui diffèrent des ptosis paralytiques par ce fait qu'ils n'intéressent que la peau et ne s'accompagnent pas de paralysie du releveur.

Le blépharochalasis est essentiellement constitué par un pli du tégument de la paupière supérieure qui semble devenue trop large pour les plans sous-jacents et tombe en avant du bord ciliaire et du globe oculaire ; le voile ainsi formé gêne la vision d'une façon toute mécanique.

Nous avons examiné avec intérêt un cas de cette affection, curieuse et relativement rare, à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET, cas d'autant plus intéressant que le début n'avait été marqué par aucune poussée d'œdème palpébral, contrairement à ce qu'on trouve noté dans la plupart des observations de blépharochalasis. M. le Professeur ROLLET, justement frappé de cette anomalie étiologique, a bien voulu nous charger d'entreprendre notre thèse sur la question, qui est encore mal élucidée et est peu connue dans la région lyonnaise.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici un travail essentiellement original, mais nous avons pensé qu'il serait peut-être utile de faire une étude des diverses opinions anatomo-pathologiques et pathogéniques émises jusqu'à ce jour, en donnant à l'appui le résumé des observations qui les avaient inspirées.

Nous-même, nous avons observé tout récemment un cas typique congénital chez un étudiant.

Nous avons fait aussi quelques recherches anatomo-pathologiques avec l'aide précieuse de M. le Professeur agrégé DUBREUIL qui voulut bien s'intéresser à nous. Cette étude nous porte à croire que le blépharochalasis n'est pas une affection spéciale, mais bien le seul symptôme visible de lésions différentes.

Notre travail se divise en sept chapitres :

- I. Historique.
- II. Observations.
- III. Symptomatologie.
- IV. Anatomie pathologique.
- V. Etiologie, Pathogénie.
- VI. Diagnostic.
- VII. Pronostic et Traitement.

A tous ceux qui nous ont aidé de leurs encouragements et de leurs conseils, et qui ont contribué à mener à bonne fin notre tâche, nous disons ici un merci bien cordial.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Synonymes

Le blépharochalasis a reçu des dénominations nombreuses et bien différentes suivant les auteurs qui l'ont étudié ; cette variété d'appellations, tantôt répond aux hypothèses variées que ces auteurs ont fait sur l'anatomie pathologique ou sur l'étiologie de l'affection, tantôt indique son principal symptôme.

Bien qu'assez rare, ce n'est pas une affection nouvelle : Sichel signale qu'elle était connue dès la plus haute antiquité, qu'il y avait eu quelques cas chez les Grecs et chez les Romains, et qu'elle avait été d'une grande fréquence en Afrique. Au moyen-âge, les médecins arabes avec Abulkasis, Rhazès et Avicenne l'avaient appelée *Scharnak*, de l'arabe *scharnaka* (couper), probablement à cause de l'opération qu'elle nécessite.

En 1832, Alibert fait entrer l'affection dans la pathologie cutanée, la nomme *dermatolysie palpébrale*, et l'attribue à « une altération particulière dans la faculté contractile de la peau » ; pour lui, c'est une localisation à la paupière d'une dermatose que l'on peut rencontrer en-

core à la face, au cou, à l'abdomen, aux grandes lèvres (tablier des Hottentotes). Cette dénomination est reprise en 1904 par Terson qui en publie plusieurs observations, pense qu'en tête de la pathogénie de l'affection, il y a un trouble nerveux, et en fait une lésion trophonévrotique, dépendant du grand sympathique.

Sichel (1844) l'appelle *ptosis adipeux*, parce qu'il pense que cette chute de la paupière est due à une accumulation de graisse dans le tissu cellulaire palpébral.

Mackenzie (1848), Artl (1854) l'appellent *ptosis hypertrophique*, n'en font qu'une relation sommaire et les classent avec les ptoses simplement cutanées.

Fuchs, en 1896, lui donne pour la première fois le nom de *blépharochalasis* relâchement des paupières (βλεφαρον et Χαλασις), et décrit en détails la symptomatologie; depuis Lodato (1903), Scrini (1906), le Professeur de Laperonne (1906), Bach (1906), Oré (1907), Lafon et Villemonde (1907), Loeser (1908), Laffer (1909), adoptent cette appellation et c'est actuellement la plus connue.

Entre temps, en 1900, le Professeur Rohmer ayant constaté dans son étude anatomo-pathologique l'augmentation du calibre des vaisseaux de la paupière, proposait la dénomination d'*angiomégalie des paupières*, mais nous croyons que dans ces cas particuliers, il s'agissait bien plutôt d'un angiome cutané comme nous en parlerons à propos du diagnostic.

Le Professeur Frenkel, en 1903, se basant sur le symptôme caractéristique de l'affection, lui donnait le terme très expressif de *paupières en besace*. Enfin, Panas (1903), et Proust (1904), reprenaient la vieille appellation de *ptose cutanée*.

Pour mémoire, nous citerons les noms peu employés, mais à la vérité pour la plupart très caractéristiques de *cutis pendula*, *cutis pensilis*, *cutis lapsus*, *cutis rugositas*, *dermatolysis*, *épiplépharon*, *chalazodermie*. Le nombre des synonymes est, comme on le voit, considérable : ce serait peut-être le cas de paraphraser la vieille sentence latine et de dire : « tot auctores, tot nomina ! ».

Quoiqu'il en soit, le nom de blépharochalasis semble avoir été bien accueilli dans ces dernières années ; et pourtant, son étymologie semble impliquer qu'il y a chute de la totalité de la paupière et non pas de la peau de la paupière exclusivement ; le mot *blépharodermatochalasis* serait beaucoup plus explicite mais outre qu'il serait bien barbare, nous ne croyons pas que notre jeunesse et notre inexpérience nous permettent de créer à notre tour un mot nouveau et nous conserverons le terme de blépharochalasis dont l'usage a fait la consécration.

CHAPITRE II

Observations

Nous grouperons les observations que nous rapportons de la façon suivante :

1° *Observations pour lesquelles les investigations n'ont pas permis de trouver une cause plausible. Parmi ces observations, nous avons celle de notre malade, que nous publions in-extenso.*

2° *Observations dans lesquelles le blépharochalasis semble trouver sa cause dans une accumulation anormale de graisse dans le tissu cellulaire de la paupière supérieure.*

3° *Observations où des poussées d'œdème semblent être en tête de la pathogénie de l'affection.*

Dans chaque série, nous publions *in-extenso* l'observation qui nous a paru la plus typique.

4° *Enfin, nous décrirons à part un cas inédit que nous venons d'observer chez un étudiant ; ce cas est congénital, mais il a été très augmenté par des poussées d'œdème.*

**I. — Observations de blépharochalasis, sans œdèmes
préalables, et dans lesquels à l'examen histologique,
on ne trouve pas de graisse dans le tissu cellulaire.**

OBSERVATION I

Clinique ophtalmologique du Professeur ROLLET.

ROLLET et GENET, *Lyon Médical*, 29 juin 1913.

(Observation complétée par nous).

H. L..., 15 ans, garçon de café. Le père et la mère sont en bonne santé, et personne dans la famille du malade ne présente quoi que ce soit à signaler du côté des yeux. Pas de consanguinité. Deux sœurs, âgées de 5 et 6 ans, qui n'ont rien d'anormal aux yeux, ni aux paupières.

Personnellement, le jeune malade a un état général parfait. Jamais de maladie grave, jamais d'érysipèle, jamais de traumatisme ayant porté sur la face. Il n'a jamais habité de pays à éléphantiasis.

Jusqu'à l'âge de 10 ans, les paupières étaient normales. Brusquement, elles subirent une croissance exagérée sans autres modifications somatiques appréciables : les testicules sont normaux ; la voix normale ; la taille normale. Le poumon, le cœur sont intacts. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Rien à signaler au système glandulaire. Pas de goître, pas de développement particulier des glandes sous-maxillaire, parotide ou orbitaire. Pas d'anéno-pathie axillaire, ni inguinale. Pas de troubles de la sensibilité dans la région palpébrale. Aucun signe d'hystérie.

L'examen des paupières est frappant. A droite comme à gauche, on note l'aspect suivant : les paupières inférieures sont intactes et ont leur aspect habituel ; seules les paupières supérieures sont intéressées. Elles méritent une description spéciale à droite et à gauche.



Fig. I. — MALADE DE L'OBSERVATION I.

Blépharochalasis bilatéral

Remarquer qu'à droite, la peau est entraînée du côté externe d'une façon plus marquée qu'à gauche ; ses cils sont cachés. Le malade contracte énergiquement son frontal pour chercher à diminuer le ptosis.

A gauche : la peau de la paupière supérieure est lisse, fine, dépourvue de plis horizontaux ; on voit seulement quelques plissements très légers dans le sens vertical qui semblent être dûs à des contractions fibrillaires. La peau est flasque, surabondante ; elle tombe au-devant des cils, faisant ainsi un bourrelet qui repose sur toute l'étendue du bord libre de la paupière, sur la base des cils. Aucune trace d'œdème. Seule la peau est en cause. Elle a perdu son adhérence profonde, elle est amincie et tombe en avant.

Les mouvements des paupières ne sont nullement gênés : les muscles fonctionnent normalement, le releveur de la paupière et l'orbiculaire ne sont pas du tout intéressés. L'ouverture de la fente palpébrale est régulière. Tout se passe, en somme, comme si la peau de la paupière supérieure avait été distendue.

A droite : l'aspect général est le même, et si nous faisons une description spéciale de cette paupière, c'est parce que du côté externe la peau est entraînée obliquement en bas d'une façon plus marquée que de l'autre côté. Sa palpation en ce point nous fait percevoir dans l'épaisseur des tissus palpébraux une petite granulation, du volume d'un petit pois, sur laquelle il y a lieu d'insister. Cette granulation est perçue dans la paupière, mais elle est extrêmement mobile, disparaissant parfois, et on a l'impression qu'elle passe alors dans l'orbite lui-même. Cette petite granulation est tellement mobile, qu'il ne nous a pas été possible de l'extraire ; c'est une véritable *souris orbitaire*, par analogie avec les corps étrangers articulaires si difficiles à saisir.

Le malade est forcé de contracter son frontal d'une façon permanente pour arriver à éviter un peu le ptosis, et il penche la tête en arrière.

L'opération a consisté en l'ablation d'un lambeau de peau en forme de côte de melon ; le résultat a été excellent.

L'examen histologique que nous avons pratiqué nous a montré qu'il n'y avait absolument rien d'anormal dans le lambeau de peau incisé. On trouve un épithélium normal, une couche sous-papillaire avec un tissu conjonctif délicat formé de faisceaux conjonctifs très peu serrés mais plus gros que d'habitude. Pas de trace de formations adipeuses sous le derme. Autour des vaisseaux, gaine connec-

tive riche en cellules. Dans le derme, nombreuses cellules pigmentaires.

Il n'y a ni dégénérescence, ni atrophie des formations collagènes et des fibres élastiques.

OBSERVATION II

DALEN. — (*Mitteilungen aus der Angenkllinik des Carolinischen Medico Chirurgischen Instituts in Stockholm*, 1902).

Garçon, 15 ans. Déformation caractéristique en besace de la paupière supérieure.

Les parents assurent qu'il n'y a jamais eu d'œdème palpébral. L'affection a commencé deux ans auparavant.

OBSERVATION III

TERSON. — (*Archives d'ophtalmologie*, juin 1904).

Jeune fille, 18 ans. Nervosisme, mais sans crises, ni affection névropathique. Depuis l'enfance, la peau de la paupière supérieure gauche présente une extension et une chute disgracieuse, survenues sans cause appréciable ; tégument rose, mince, pendant en poche jusque sur les cils. Distension lorsque la malade a une émotion vive. Refuse toute intervention.

OBSERVATION IV

ORÉ. — (*Thèse de Bordeaux*, 1907).

F. B..., 23 ans, atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse. Les paupières présentent l'aspect suivant : tiers interne, les paupières sont normales ; à partir du tiers moyen, sillon orbito-palpébral disparaît et fait place peu à peu à une saillie qui va en augmentant. Dans le tiers externe, véritable repli cutané, formant une besace,

légèrement renflée qui apporte une gêne notable à la vision, en obturant la moitié de la pupille ; pour découvrir cette pupille, le malade est obligé de contracter fortement son frontal.

Le malade déclare qu'il a toujours entendu dire dans sa famille qu'il avait ces déformations dans le plus jeune âge. Jamais de phases de congestion, d'œdème ou de douleurs. Ses besaces ont toujours eu le même volume et la même consistance. L'intervention chirurgicale n'a pas été proposée, étant donné l'état général du malade.

II. — Observations de blépharochalasis avec présence de graisse dans le tissu palpébral.

OBSERVATION V

GALEZOWSKI. — (*Recueil d'ophtalmologie*, 1878).

G. C..., âgé de 3 ans 1/2, fut amené en consultation à la clinique. Il présentait une ptose cutanée tellement marquée que le malade avait la plus grande peine à voir. Au dessous du sourcil, tumeur mollassse, plus prononcée du côté de l'œil gauche ; tumeur constituée par un amas de graisse.

Opération : incision de la peau dans la longueur de la paupière supérieure, à 4 millimètres au-dessous du sourcil ; excision d'un lambeau de 4 millimètres, avec tous les tissus sous-jacents ; hernie de graisse orbitaire à ce moment : résultat opératoire très satisfaisant.

OBSERVATION VI (*in extenso*).

SCHMIDT-RIMPLER. — *Centralb. f. prakt. Angeneheilck.*,
octobre 1899, (*in thèse Masson*, 1903).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui, surtout pendant les trois dernières années, avait remarqué que ses paupières supérieures

s'épaississaient et devenaient pendantes. L'état n'était pas toujours le même : à certains moments, le gonflement était plus intense ; à d'autres, il était moindre. La mère, décédée, aurait présenté aussi de son vivant de notables bourrelets au niveau des paupières supérieures, surtout au-dessus de l'angle interne.

Au moment de l'entrée de la malade, les deux paupières supérieures présentaient sur toute leur surface un gonflement œdémateux ; le pli cutané supérieur retombait plus que d'habitude au devant des yeux.

Un bourrelet circonscrit, un peu oblique et de forme ovale, se trouvait au-dessus de l'angle interne de l'œil, à l'endroit où chez les vieillards on remarque souvent des saillies ; ce bourrelet était de consistance molle et avait une étendue de un demi-centimètre transversalement, un peu moins verticalement. La peau de la paupière supérieure présentait une multitude de petits plis, comme si l'œdème avait disparu, soit spontanément, soit sous l'influence d'applications humides. Comme la saillie, prise d'abord pour une accumulation insolite de graisse sous la peau, augmentait beaucoup, la malade décida qu'on en fit l'ablation.

Après excision d'un lambeau de peau ovale, on put remarquer qu'immédiatement au-dessous d'elle il y avait une fente dans le muscle orbiculaire à travers laquelle faisait hernie un bourrelet de graisse de l'orbite recouvert par l'aponévrose. La brèche du muscle, à travers laquelle, sur la paupière supérieure droite, passaient encore quelques fibres musculaires, avait une longueur d'environ six millimètres, sur une hauteur de cinq millimètres ; mais elle avait été notablement élargie par la hernie du paquet graisseux. Après incision du fascia aponévrotique, la graisse fit saillie ; par la pression, on pouvait en faire sortir de l'orbite autant qu'on voulait.

L'état était le même sur les deux paupières. Après excision de la graisse, on réunit l'aponévrose et le muscle par des points de suture, puis, la peau fut suturée par dessus. Après guérison, le bourrelet médian circonscrit avait disparu ; cependant, étant donné sa longue distension, la totalité de la peau de la paupière s'avancéait encore plus qu'à l'état normal.

L'examen histologique ne montra rien d'anormal dans la peau.

OBSERVATION VII

PROUST. — (*Thèse de Paris*, 1903, p. 77).

Albert H..., 17 ans ; rougeole bénigne dans l'enfance. De 5 à 7 ans, gonflement et rougeur des paupières supérieures. On incrimine une piqure d'insecte. Le gonflement augmente jusqu'à 14 ans, sans douleurs ; il augmente aussi quand le malade court ou joue beaucoup. Avant l'opération, le bord ciliaire est complètement caché par le bourrelet que forme la peau. Rien aux différents appareils ; pas d'hypertrophie thyroïdienne décelable. Ablation d'un fuseau de peau ; résultat opératoire très satisfaisant.

Histologiquement, amincissement de toutes les couches de la peau ; dans la couche profonde, tissu adipeux assez abondant, en lobules limités par des cloisonnements conjonctifs plus ou moins épais avec des vaisseaux nombreux et volumineux.

OBSERVATION VIII

BACH. — (*Arch. f. Angenheilk.*, LIV, p. 73, 1906).

Sujet, 6 ans ; jusqu'à cet âge, paupières normales. A la suite d'un œdème prolongé, grosseur que l'on reconnaît formée par de la graisse et qui détermine la chute de la peau, caractéristique du blépharochalasis.

OBSERVATION IX

WAGENMANN. — (*Vers. d. Opht. Gesellsch.*, p. 274, 1907).

Sujet, 5 ans ; gonflement et chute de la peau de la paupière ; l'opération montra une production de graisse sans capsule.

OBSERVATION X

LÆSER. — (*Arch. f. Augenheilk.* LXI, p. 252, 1908).

J..., garçon de 13 ans. La peau de la paupière supérieure pend en forme de bourse en avant du bord ciliaire ; elle est parcourue par de nombreux vaisseaux ; à la palpation, on sent de nombreuses petites formations roulant sous le doigt, que l'on ne peut pas prendre pour autre chose que de la graisse. Dans la paupière gauche, corps analogue à une glande lacrymale, se laissant subluser facilement. (Læser appelle cette affection : *ptosis lipomateux*, comme BACH et SICHELL.)

III. — Observations de blépharochalasis avec poussées d'œdème au début.

OBSERVATION XI

FUCHS. — (*Wiener med. Wochenschrift*, décembre 1895).

Jeune fille, 20 ans, atteinte de structure atrophique de la peau des paupières supérieures. Peau semblable à de la peau sénile, sans anomalies pigmentaires, pendant comme un sac devant les cils. Début, il y a quatre ans, par un gonflement œdémateux des paupières, se répétant une ou deux fois par semaine.

OBSERVATION XII

BUSINELLI. — (*Clinica moderna*, août 1896).

Jeune fille, 20 ans, sans antécédents. Il y a neuf ans, brûlures du visage par eau bouillante. A la suite, il reste un gonflement persis-

tant des paupières supérieures qui prennent l'aspect du blépharochalasis de Fuchs ; ablation d'un pli de peau longitudinal ; résultat opératoire parfait.

OBSERVATION XIII

FEHR. — (*Centralblatt für Augenheilk.*, p. 74, mars 1898).

Jeune fille, 21 ans, nerveuse. A 13 ans, gonflement brusque et volumineux des paupières supérieures, en une nuit. Les années suivantes, nouveaux gonflements toutes les six ou huit semaines, puis plus fréquemment. Depuis trois ans, le gonflement ne se reproduit plus. Actuellement, aux deux yeux, pli de la peau au devant du bord libre de la paupière : peau mince, rosée, sans élasticité. Opération : très bon résultat.

OBSERVATION XIV

COPPEZ. — (*Journal médical de Bruxelles*, novembre 1898).

Ch... Alice, 19 ans. Antécédents : nombreux accidents d'origine scrofuleuse. Dans l'enfance, kératite superficielle cinq années de suite. Il y a cinq ans, gonflement et rougeur de la peau des paupières, et, à la suite, relâchement et affaissement de cette peau qui pend au devant des cils. Les glandes lacrymales palpébrales sont également ptosées. Excision d'un lambeau cutané ovalaire. Résultat parfait.

OBSERVATION XV

PICK. — (*Deutsch med. Wochenschrift*, 1899).

Garçon, 15 ans. Relâchement des paupières supérieures qui pendent comme un sac sur les cils. Peau altérée, atrophiée, terne, enfoncée dans de nombreux petits plis. Traitement : excision d'un pli horizontal de la peau des paupières.

OBSERVATION XVI

HAAB et TERSON. — (*Atlas des maladies externes de l'œil*, 1899).

Sujet, 26 ans ; probablement blépharochalasis d'origine congénitale ; un épicanthus, plus marqué à droite, en partie congénital, en partie provoqué par le blépharochalasis. Peau des paupières supérieures flasque, pendante et plissée. A l'âge de 6 ans survient du gonflement ; gonflement et hyperhémie disparaissent, et, peu à peu, l'état actuel se produit. Opération : excision d'un lambeau de peau, plus grand du côté nasal, dans le but de corriger l'épicanthus. Résultat opératoire excellent.

OBSERVATION XVII

HAAB et TERSON. — (*Atlas des maladies externes de l'œil*, 1899).

Sujet, 30 ans ; pas d'antécédents. A l'âge de 20 ans, rougeur et enflure palpébrale ; veines dilatées ; à la suite, constitution d'un blépharochalasis. Opération : excision d'une bande de peau et d'orbiculaire ; puis, union du bord inférieur de la plaie au bord supérieur du tarse. Résultat opératoire excellent.

OBSERVATION XVIII

LODATO Gaëtano. — (*Clinica oculistica della R. università di Palermo*, 1903).

Maria C..., 20 ans. Terreur à 13 ans. Depuis, grande émotivité, craintes pour des causes futiles. Six mois plus tard, elle eut quelques convulsions ; quelque temps après, gonflement œdémateux des paupières supérieures, gonflement qui augmente graduellement, et, après une série d'oscillations, finit par constituer une véritable difformité. En même temps, les troubles nerveux augmentent. Enlèvement du pli cutané constituant la difformité.

OBSERVATION XIX

TERSON. — (*Archives d'ophtalmologie*, juin 1904).

Employé de commerce, 20 ans 1/2. La maladie a débuté à l'âge de 14 ans, et le malade se rappelle que c'est à la suite d'un bain froid trop prolongé que ses paupières lui parurent gonflées et lourdes. Depuis, la lésion s'est accentuée. Crises d'hyperhémie et de distension qui paraissent être provoquées par le froid, et plus fréquentes lorsque le malade est atteint de bronchite ; il prétend que les compresses d'eau chaude diminuent le gonflement. Il se dit très émotif, mais ne présente rien de particulier à l'examen du système nerveux. La peau des paupières, très mince, pend en sac jusque sur les cils ; elle est de coloration gris jaunâtre, sans veines apparentes.

OBSERVATION XX

TERSON. — (*Archives d'ophtalmologie*, juin 1904).

Mlle X..., 22 ans ; déformation typique rappelant déformations causées par les dacryoadénites bilatérales et symétriques. Gonflement à l'occasion des efforts et des émotions.

Malade sujette à des crises nerveuses. Ignore la date et le mode de début du mal ; refuse toute intervention.

OBSERVATION XXI

PROUST. — (*Thèse, Paris*. — *Ptoses palpébrales*, 1904).

Jeune fille, 17 ans ; début de l'affection à 14 ans par un brusque gonflement des deux paupières supérieures ; depuis, des exacerbations et des régressions incomplètes. Peau amincie, flasque, formant un repli qui retombe sur les cils. Plaques de vitiligo sur la partie antérieure du cou, la nuque et la joue droite. Mains et pieds

toujours froids et de teinte violacée. Jeune fille craintive, nerveuse, facilement irritable; constipation habituelle. A été traitée par des bains électriques, sans résultat appréciable. Corps thyroïde normal. Opération après laquelle il reste un épicanthus externe bilatéral. Histologiquement, peau amincie, sans dégénérescence; pas de graisse dans le tissu palpébral enlevé.

OBSERVATION XXII

PROUST. — (*Thèse de Paris*, p. 20, 1904).

Madame D..., 50 ans : dix-sept enfants, dont deux vivants. Toujours bien portante, mais nerveuse et se mettant facilement en colère. A 17 ans, après une dispute, se réveille les paupières gonflées et rouges; cet état dure quelques jours; depuis, nouvelles poussées survenant après des disputes, ou à l'occasion de ses grossesses.

Opérée en 1896 d'un entropion des deux paupières supérieures; récidive, et, en 1904, elle est opérée des quatre paupières pour des entropions. A la suite de l'opération, le bord libre des paupières est bien corrigé, mais on constate une dermatolysie palpébrale bilatérale; la peau flasque, ridée horizontalement, est relâchée et retombe en besace sur le bord libre supérieur. La malade ne veut pas être opérée.

OBSERVATION XXIII

SCRINI. — (*Archives d'ophtalmologie*, juillet 1906).

Jeune homme, 18 ans; père éthylique. Impétigo de la face et du cuir chevelu, à six mois; laryngite à 3 ans; furonculose et conjonctivite folliculaire à 5 ans. Les paupières paraissent déjà gonflées. A 7 ans, rougeole, puis troubles digestifs avec accès de migraine, pendant lesquels la face se congestionne; en même temps, les paupières deviennent gonflées, violacées, pesantes, difficiles à relever;

la fluxion palpébrale disparaît avec l'accès migraineux, mais après chaque crise, on remarque que les paupières sont plus tombantes. A 8 ans, les parents consultent : traces d'albumine dans les urines ; on prescrit un régime et une médication toniques. A 10 ans, on essaye une séance d'électrolyse. A 14 ans, on institue un traitement suivi d'hydrothérapie et de médication tonique : les troubles digestifs, les accès migraineux et les crises d'œdème des paupières supérieures cessent, mais la ptose est définitive. Ce jeune homme est nerveux et timide, il se présente avec le front ridé, les sourcils relevés ; sillon orbito palpébral en partie disparu et même remplacé à sa partie externe par une légère voussure qui semble formée par un petit corps dur, allongé et aplati, mobile en haut, qui rappelle tous les caractères de la glande lacrymale. Le bord libre de la paupière supérieure, surtout à gauche, est recouvert par un pli qui se porte d'abord de dedans en dehors et de bas en haut, sans empiéter sur le bord ciliaire, puis, changeant brusquement de direction, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, et cache le bord libre de la paupière. Pli formé par peau flasque, mince, tranchant par sa coloration pâle sur les régions voisines. Yeux gênés par cette ptose : réfraction myopique. Ablation d'un lambeau cutané. Histologiquement, on constate une diminution des fibres élastiques, très peu de graisse et un développement exagéré du système veineux.

OBSERVATION XXIV

Ch. LAFON et VILLEMONTÉ. — (*Archives d'ophtalmologie*, oct. 1906).
(*Blépharochalasis et dacryodénoptose*).

Homme de 43 ans. Après avoir dormi près d'une fenêtre ouverte, il se réveille avec la paupière supérieure gauche gonflée et l'œil rouge, larmoyant et douloureux ; il se décide à venir consulter, huit jours après. Peau tendue, rouge, augmentée de volume, surtout dans sa moitié externe ; disparition du sillon orbito-palpébral, et, à son niveau, dans la région de la glande lacrymale, petite tumeur en forme d'olive, dure, paraissant s'enfoncer dans l'orbite. On

porte diagnostic de dacryoadénite aiguë et on applique compresses chaudes. Cinq jours après, la rougeur, la douleur et le gonflement ont à peu près disparu, mais il existe la déformation caractéristique du blépharochalasis ; pli cutané en forme de tablier, descendant sur le bord ciliaire, surtout à la partie externe. A la palpation, on constate à l'intérieur du pli un petit corps dur que l'on réduit très facilement dans l'orbite où il semble retenu par un pédicule ; il s'agit d'une glande lacrymale orbitaire ectopiée.

On constate à droite une déformation analogue de la paupière ; mais, ici, il n'y a pas eu de phénomènes inflammatoires ; la peau est très fine, pâle et laisse transparaître des vésicules bleutées ; pas de glande lacrymale mobile dans le pli.

Des deux côtés, le malade est obligé de contracter son frontal pour découvrir sa pupille.

Cette malformation existe depuis l'enfance, mais s'est accentuée en vieillissant. Jusqu'à ces jours-ci, il n'avait jamais remarqué d'œdème ou de congestion des paupières.

Sa mère et son grand-père maternel présentaient une malformation palpébrale semblable ; en outre, un de ses cinq enfants présente d'une manière très nette le pli caractéristique.

OBSERVATION XXV (*in extenso*)

GINESTOUS. — (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, juillet 1913).

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, Mlle G... G..., qui se plaint de la difformité disgracieuse de ses paupières.

Antécédents héréditaires et personnels : D'après la malade, ses antécédents héréditaires et personnels pathologiques seraient excellents ; mais le docteur R..., qui connaît bien la famille, nous a fourni à ce sujet des renseignements qui sont loin d'être aussi favorables. Sa mère, ses tantes et ses cousines du côté maternel sont toutes atteintes d'adénites cervicales de nature scrofuleuse ; une tante a présenté de l'ostéopériostite tuberculeuse. Une sœur de la

malade est morte à 6 ans 1/2 de méningite tuberculeuse et une autre sœur, est atteinte de troubles pulmonaires.

Mlle G. G..., bien que jouissant actuellement, du moins en apparence, d'une excellente santé, a cependant toujours été chétive. Elle a marché tardivement, a été réglée très tard. A 13 ans, elle a été atteinte d'anémie grave avec troubles circulatoires marqués et albuminurie passagère.

Histoire de la maladie. — Cette albuminurie persistait-elle au moment où débuta l'affection actuelle ? Nous l'ignorons. Mais, ce qui est certain, c'est qu'en 1910, à la suite d'un coryza intense, les paupières devinrent œdématisées. Cet œdème disparut en quelques jours, mais ne tarda pas à récidiver pour se reproduire encore, disparaître ou diminuer à plusieurs reprises. Ainsi s'est établie la disgracieuse difformité que nous constatons aujourd'hui.

Etat actuel. — Les troubles sont sensiblement les mêmes des deux côtés. Les paupières inférieures sont normales. Il n'en est pas de même des paupières supérieures. Toute leur partie externe, du canthus à l'orifice pupillaire, est considérablement gonflée, et, dans cette partie, elles tombent en formant sur les paupières inférieures une sorte de tablier, la véritable besace décrite par le Professeur Frenkel. Cependant, la peau est amincie, lisse, rosée, légèrement injectée, avec quelques arborisations veineuses. A la palpation, cette peau est très mobile, et, au dessous d'elle, on ne perçoit aucune masse adipeuse ou autre. Malgré le poids de la paupière, le releveur a conservé ses fonctions physiologiques et le ptosis n'est qu'apparent.

Le gonflement diminue sous certaines influences mal déterminées ; cependant, la malade aurait remarqué qu'il diminuerait avec le froid et qu'il augmenterait au moment des règles.

L'acuité visuelle de chaque œil est égale à l'unité. A la skiascopie, la malade est emmétrope. A l'ophtalmomètre de Javal et Schiotz, il n'y a pas d'astigmatisme. Il n'existe ni rétrécissement du champ visuel, ni troubles du sens chromatique.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, des organes digestifs n'a révélé aucune lésion. La sensibilité est conservée intacte sans zones d'anesthésie et d'hyperesthésie. A l'analyse, il n'existe dans les urines aucun élément anormal.

Notons cependant que l'examen oto-rhino-laryngologique, pratiqué par le Docteur Georges D..., a reconnu du coryza atrophique, très marqué à droite.

Mlle G. G..., qui prépare des examens importants, ne veut pas, pour le moment du moins, consentir à une intervention chirurgicale, susceptible de faire disparaître cette disgracieuse difformité.

IV. — Cas de blépharochalasis héréditaire et congénital augmenté par des poussées d'œdème

OBSERVATION XXVI (personnelle).

X..., étudiant, 21 ans. Grand-père et mère en bonne santé. La grand'mère était atteinte de la même affection.

Au point de vue de ses antécédents personnels, rien à signaler. Le malade n'a jamais eu ni albumine, ni sucre dans ses urines ; il présente de temps à autre des migraines et quelques troubles dyspeptiques.

Histoire de l'affection. Le malade s'est toujours connu avec cette malformation qui semble congénitale. Elle était légère dans sa première enfance, et a été très sensiblement accentuée par des poussées d'œdème qui survinrent de neuf à douze ans, sans cause appréciable. Ayant consulté plusieurs spécialistes, on fit une intervention sur sa paupière gauche : cette intervention qui consista en l'ablation d'un lambeau de tégument triangulaire à base inférieure, corrigea incomplètement le blépharochalasis.

État actuel. La ptose de la peau est beaucoup plus prononcée du côté non opéré que de l'autre. Le voile formé par le tégument gêne d'une façon appréciable la vision du malade qui est obligé de contracter très fortement son frontal pour lutter contre le ptosis ; le releveur n'est cependant pas paralysé.

A droite. La peau forme un pli qui s'étend du canthus interne au canthus externe, et qui tombe en avant de la paupière proprement dite et sur les cils. Rien du côté du globe oculaire.

A gauche. La déformation est moins accentuée, ce qui est le résul-

tat de l'opération ; mais celle-ci a été manifestement insuffisante. On voit la cicatrice de la section opératoire avec la trace des points de suture qui ont été faits avec des fils d'argent (ligne en échelle de perroquet). Il aurait mieux valu certainement faire la suture intradermique, conseillée par M. le Professeur Rollet, qui laisse après réunion une légère ligne, franche et plus esthétique. Rien du côté du globe oculaire.

Des deux côtés, la peau est légèrement violacée et d'une finesse remarquable ; il n'y a pas à l'heure actuelle trace d'œdème. A la palpation, on ne sent rien de particulier. Pas de troubles de réfraction.

Rien aux différents appareils.

Le malade ne veut pas être opéré pour le moment.

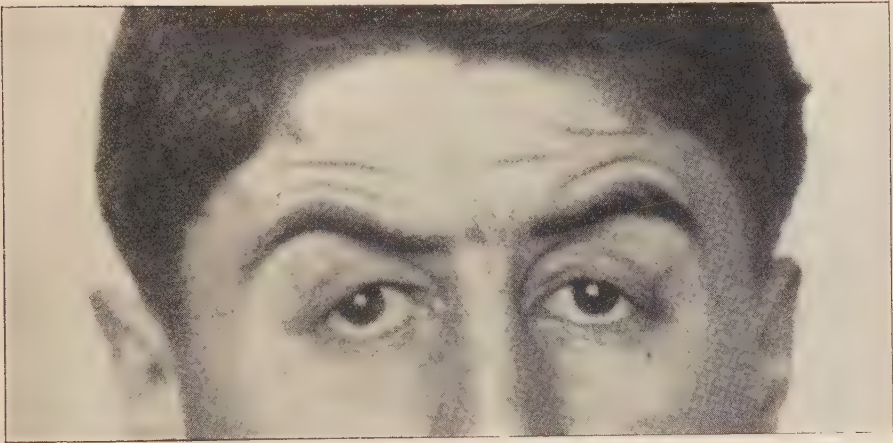


Fig. II. — MALADE DE L'OBSERVATION XXVI.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Le début du blépharochalasis est brusque ; en peu de jours, quelquefois en l'espace d'une nuit, il est constitué, et les deux paupières supérieures sont généralement atteintes à la fois. Ce début est très souvent précédé par une phase de gonflement œdémateux, de congestion et d'hyperhémie, pendant laquelle les paupières sont lourdes, infiltrées, tendues, quelquefois, mais rarement, douloureuses, l'œil larmoyant ; puis, cet œdème régresse rapidement et la déformation caractéristique du blépharochalasis subsiste seule. Quelquefois ce n'est qu'après une série de poussées œdémateuses suivies de régression, que le voile se forme. Plus rarement, on note l'absence de tout œdème ; la peau subit tout à coup une extension insolite sans que le malade puisse rattacher ce phénomène à une cause quelconque.

Au premier coup d'œil, lorsqu'on examine un blépharochalasis constitué, il semble que l'on ait à faire à une ptose bilatérale ; mais en examinant avec plus de soin, on peut constater facilement qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une ptose, car il n'y a pas, comme dans les ptoses

vraies, chute de la totalité de la paupière ; il n'y a chute que du plan cutané, qui, perdant son adhérence avec le plan profond, forme un pli de peau au-devant du bord ciliaire et des cils, comme le ferait une draperie, un tablier : c'est la « besace » de Frenkel. La ligne qui limite la partie inférieure du bourrelet peut être horizontale, si la ligne de « décollement » de la peau est elle-même horizontale ou si l'extension de la peau s'est faite suivant le même degré du canthus externe au canthus interne. Mais le plus souvent, le bord inférieur du bourrelet est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, ce qui dénote un accroissement plus considérable de la peau à la partie externe.

Il faut bien se rendre compte que la peau seule est relâchée et que le bord ciliaire lui-même n'est pas ptosé : on le constate facilement de la façon suivante : les yeux étant dans la position dite primaire, on constate en soulevant le voile cutané, que le bord ciliaire est à la place qu'il occuperait chez un individu normal. Malgré tout, la fente palpébrale est rétrécie, parce que le voile cutané débordé en bas le bord ciliaire ; ce voile va s'interposer plus ou moins devant la pupille gênant ainsi, quelquefois d'une façon très appréciable, la vision.

En effet, si on prie le malade d'ouvrir fortement les yeux, et si on met la main sur son front de façon à empêcher la contraction concomitante du frontal, on constate que le muscle releveur, qui n'est pourtant nullement paralysé, n'arrive pas à soulever le voile ; sa contraction ne produit uniquement que l'ascension du bord ciliaire qui s'élève en arrière du bourrelet cutané.

Ce n'est que lorsque le frontal se contracte avec énergie

que l'ascension du voile se produit, dégageant plus ou moins complètement le champ pupillaire, suivant que le blépharochalasis est léger ou prononcé. Et c'est pour cette raison, pour supprimer l'écran qui les empêche de voir, que les malades atteints de blépharochalasis se présentent les sourcils plus ou moins écarquillés, le front plus ou moins sillonné de rides profondes. Et mieux encore, ils penchent la tête en arrière à la manière d'un astronome, de manière à voir par dessous le bord inférieur du voile, en faisant coïncider la fente palpébrale avec la pupille. Dans les cas extrêmes, les efforts les plus énergiques n'arrivant pas malgré tout à supprimer l'écran cutané, le malade est obligé de soulever lui-même ses paupières. On comprend qu'il s'agisse alors dans ce cas d'une véritable infirmité et que les malades demandent à être traités.

La peau relâchée présente un amincissement considérable ; elle est lisse, d'une couleur qui varie du blanc au gris jaunâtre, quelquefois elle peut être légèrement violacée ; on peut voir de minces veinules bleutées se dessiner par transparence et quelques légers petits plis verticaux, dus à des contractions fibrillaires.

Notons encore la disparition plus ou moins complète du sillon orbito-palpébral, et l'absence totale de réactions douloureuse et thermique.

La palpation ne révèle rien de spécial. La peau semble fine, très mince ; quelquefois un peu de pseudo fluctuation très légère quand il y a de la graisse.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

Parmi les cas de blépharochalasis que nous avons relatés, plusieurs ont été opérés et le lambeau de paupière excisé a été soumis à l'examen anatomo-pathologique.

Avant de rapporter le résultat de ces examens, rappelons brièvement la constitution histologique de la paupière supérieure ; en allant des plans superficiels aux plans profonds, on trouve successivement :

- a) *La peau.*
- b) *Une couche conjonctive sous-cutanée*, sans vésicules adipeuses, avec un muscle peaucier, l'orbiculaire.
- c) *Une lame de tissu fibreux*, appelée cartilage tarse.
- d) *Une couche musculaire à fibres lisses*, le muscle orbito-palpébral, qui s'attache en haut au releveur de la paupière supérieure, en bas à la partie supérieure du cartilage tarse ; quelques fibres vont s'insérer à la face profonde du derme.
- e) *Une muqueuse*, la conjonctive palpébrale.

La peau qui est le seul plan atteint dans le blépharochalasis, présente les particularités suivantes : elle est

très mince : son épiderme présente souvent des masses pigmentaires ; son derme surmonté de courtes papilles, renferme de petites glandes sudoripares avec quelques follicules pileux (poils du duvet) ; elle possède de nombreuses fibres élastiques.

Les auteurs trouvent dans la peau du blépharochalasis des lésions dissemblables : une atrophie de toutes les couches de la peau, le relâchement des digitations sous-cutanées qui viennent du releveur et des lésions diverses du côté des fibres élastiques des vaisseaux et des nerfs.

Galezowski (1877) trouve des vésicules adipeuses dans le tissu cellulaire sous-cutané ; l'examen ne lui montre dans la peau qu'une légère augmentation du nombre des vaisseaux et de leur calibre.

Fehr (1898) note une atrophie appréciable de la peau et le relâchement des digitations sous-cutanées.

Fuchs (1895) : la peau est amincie ; le tissu cellulaire sous-cutané plus lâche et très facile à déchirer. Il remarque la richesse de la peau et du tissu sous-cutané en vaisseaux qui sont dilatés et remplis de globules rouges. Par endroits, il trouve de gros amas de pigments, peut être en plus grande quantité que d'habitude. Les fibres élastiques forment des réseaux à mailles plus larges que dans les préparations de peau palpébrale normale ; elles semblent diminuées de nombre.

Schmidt-Rimpler (1899) ne trouve rien d'anormal du côté de la peau ; il signale seulement la présence de graisse dans la besace.

Dalen (1902) observe un léger amincissement de l'épiderme ; la lumière des vaisseaux est un peu dilatée, mais

les parois n'ont rien d'anormal. Dans le voisinage des vaisseaux et des follicules pileux, on trouve de petits amas cellulaires plus nombreux que dans la peau normale. Les fibres élastiques sont en nombre beaucoup plus considérable que normalement.

Lodato (1903) remarque que la partie superficielle du derme est formée d'un tissu serré et compact, tandis que la partie profonde est constituée par un tissu très raréfié. Diminution du nombre des fibres élastiques.

Scrini (1906) conclut à la diminution des fibres élastiques et à un développement exagéré du système veineux.

Terson (1904) note encore l'atrophie du derme et des fibres élastiques, avec des vaisseaux à lumière plus ou moins élargie.

Pour notre cas de blépharochalasis (obs. I), voici avec plus de détails la technique et le résultat de nos recherches :

Le segment de peau excisé a été fixé au formol à 5 p. % durant quelques jours. Puis, passage dans les alcools successifs, le toluène et inclusion à la paraffine. La pièce est découpée en coupes sériées de 8 μ , qui ont été colorées :

1° A l'hématéine et à l'éosine.

2° A l'hématéine et au picroponceau.

pour l'étude du tissu conjonctif, et particulièrement des substances collagènes de ce tissu.

3° Par la safranine ferrique (méthode de Martinotti), et le rouge d'acridine ferrique (méthode de Dubreuil) pour l'étude du tissu élastique.

4° Par les deux méthodes précédentes, suivies d'une coloration au bleu de méthylène, ce qui constitue une

modification de la méthode de Unna (méthode primitive : orcéine et bleu de méthylène), et qui permet la différenciation de l'élacine par rapport à l'élastine, la première étant un produit de dégénérescence de la seconde et ne possédant pas les mêmes propriétés physiques et microchimiques.

Il y avait lieu de se demander en effet si le tissu conjonctif, avec ses deux éléments principaux de soutien, d'une part les fibres collagènes, d'autre part les fibres élastiques, ne serait pas altéré dans le derme de la peau qui constitue le blépharochalasis. Dans le cas d'une altération, celle-ci pouvait porter soit sur les formations collagènes (faisceaux conjonctifs), et l'on pouvait trouver la dégénérescence en collacine, signalée par Unna en 1894, ou bien, cette dégénérescence pouvait porter sur le tissu élastique. Dans ce cas, la substance de ces fibres que l'on nomme élastine, et qui possède des propriétés physiques caractéristiques, dont la principale est l'élasticité, peut se transformer en une autre substance, dite élacine (Unna 1894) dont les propriétés physiques sont notablement différentes ; l'élasticité en particulier a complètement disparu. Du même coup, disparaissent également les propriétés de coloration : l'élastine dont le réactif microchimique était autrefois l'orcéine, (Unna et M. Taenzer) est actuellement caractérisé d'une façon plus précise encore par des réactifs qui possèdent la propriété de la teindre d'une façon tout à fait élective, et qui sont en particulier la fuchsine ferrique (Weigert 1898), la safranine ferrique (Martinotti 1900), le rouge d'acridine ferrique, le violet de méthyle ferrique (Dubreuil 1902), etc.

La dégénérescence des formations soit conjonctives,

soit élastiques, qui constituent dans le derme de la peau les éléments de soutien et de solidité auraient pu expliquer, comme nous en parlerons dans notre pathogénie, ce relâchement et cette chute d'un pli de peau qui n'est plus que mal soutenu par ses attaches profondes, ou dont le plan résistant aurait plus ou moins disparu par la dégénérescence de ses éléments constitutants. Pour séduisante que soit cette hypothèse, il faut y renoncer comme nous allons le voir dans la suite de nos opérations anatomo-pathologiques.

L'étude des préparations à l'hématéine et à l'éosine ne montre rien qui ne soit connu dans la peau des paupières : un épithélium peu élevé, de constitution absolument normale, la couche sous-papillaire formée d'un tissu conjonctif très délicat, la couche tendiniforme du derme, composée de faisceaux conjonctifs plus gros, mais qui n'atteignent pas la solidité de ceux qu'on rencontre habituellement dans les autres régions de la peau : ils sont beaucoup moins serrés, plus fins et forment un nattage plus lâche ; au-dessous de cette couche, pas de trace de formations adipeuses, ce qui est normal dans la paupière, ce qui fait que l'hypoderme dans cette région ne possède jamais à l'état normal de coussinet adipeux. La section au moment de l'opération a intéressé quelques rares fibres de l'orbiculaire des paupières. On trouve dans le derme dé place en place des poils petits et même rudimentaires dans certains cas, mais que rien ne désigne comme anormaux. Notons cependant que les vaisseaux du derme sont entourés d'une gaine connective qui semble spécialement riche en cellules, sans que rien ne révèle dans ces régions un processus pathologique caractérisé. Dans tout le

derme, on trouve de nombreuses cellules pigmentaires, normales dans cette région.

Les coupes colorées à *l'hématéine* et au *picroponceau*, mettent sous nos yeux les formations connectives, spécialement collagènes, avec une netteté parfaite ; cette préparation, pas plus que les précédentes, ne nous autorise à conclure à une altération locale des collagènes qui entrent dans la constitution du derme.

Les préparations colorées par le *rouge d'acridine ferrique* nous renseignent exactement sur le nombre, l'abondance et la distribution des fibres élastiques ; celles-ci sont minces, fines, mais nombreuses dans la couche papillaire et sous-papillaire du derme ; elles forment un riche réseau avec de fréquentes anastomoses ; dans la couche tendiniforme, elles sont beaucoup plus volumineuses ; par leur convergence, elles constituent en certains points de véritables faisceaux élastiques ; on en trouve de très grosses par paquets embrouillés au voisinage des plus gros vaisseaux.

Les gaines des poils sont entourées de fibres élastiques dont la double direction longitudinale et transversale, et leur réaction permettent d'affirmer qu'elles sont parfaitement normales. En résumé, il existe des formations élastiques dans la peau du blépharochalasis, semblables à celles de la peau de la paupière normale.

La méthode de Unna, pour l'étude des dégénérescences élastiques, à l'orcéine et au bleu de méthylène, a été légèrement modifiée pour obtenir une plus grande précision. L'orcéine a été remplacée par le rouge d'acridine ferrique : dans ces conditions, les fibres élastiques normales doivent apparaître comme rouges, et les fibres dégénérées consti-

tuées par l'élacine doivent apparaître bleues. Nulle part, dans aucune des préparations examinées, nous n'avons pu trouver sur les fibres élastiques la réaction caractéristique bleue de Unna ; celles qui existent sont donc constituées normalement par de l'élastine, sans aucune trace de dégénérescence à élacine. L'hypothèse que nous avons émise au début de notre examen et que nous rappellerons au chapitre Pathogénie ne peut donc pas être vérifiée dans notre cas, et il faut renoncer au moins dans ce cas particulier à l'explication du blépharochalasis par la dégénérescence et l'état peu résistant des éléments de solidité du derme. Le derme reste normal ; il s'allonge et prend l'extension nécessaire pour former un pli. — Ces plis qui sont fréquents à l'état normal, particulièrement chez le vieillard, ne résultent cependant pas d'une disparition du tissu adipeux des paupières, puisqu'il n'en n'existe pas. Notre cas ne peut donc trouver son explication ni dans une pathogénie précise, ni dans une anatomie pathologique qui révélerait des lésions. Le blépharochalasis que nous avons examiné est constitué par un pli de peau des paupières, mais d'une peau absolument normale, autant que nos moyens d'investigation nous permettent d'en juger.

CHAPITRE V

Étiologie et Pathogénie

Étiologie. — L'étiologie et la pathogénie du blépharochalasis sont assez obscures. Notons cependant quelques considérations d'étiologie générale ayant rapport au sexe, à l'âge, à l'hérédité.

Le *sexe* ne semble pas avoir une grande influence sur le développement du blépharochalasis. Sur 26 observations que nous avons rapportées, on note quatorze hommes et onze femmes : il n'y a donc pas de prédisposition bien marquée pour l'un ou l'autre sexe.

L'*âge* nous paraît être d'une importance plus grande. La plupart des malades observés avaient moins de 25 ans ; nous ne trouvons que deux cas où l'âge du sujet est de plus de 40 ans (Lafon et Villemonte, observation XXII et Proust, observation XXII). Deux autres malades n'avaient pas plus de 30 ans (Haab et Terson, observations XVI et XVII).

La maladie débute tôt ; sur 21 cas où nous connaissons la date du début, on constate qu'il y en a sept où le malade était atteint avant l'âge de dix ans, dix autres avant l'âge de seize ans ; un seul cas, qui paraît bien exception-

nel, a débuté à 43 ans (Lafon et Villemonte). Il semble donc que le blépharochalasis soit principalement une maladie de l'enfance et de la jeunesse.

Le blépharochalasis peut être héréditaire ; le cas de Schmidt-Rimpler (observation VI) et notre observation personnelle (N° XXVI) en font foi. Il se développe fréquemment chez des personnes dont le système nerveux est plus ou moins taré, chez des individus qui ont présenté des crises nerveuses, qui sont sujets à des colères, et de fait, c'est très souvent à la suite d'un accès de colère, à la suite de pleurs, de cris, d'efforts, d'accès de toux, que débuté le blépharochalasis (Lodato, observation XVIII, Proust, observations XXI et XXII). Il est permis de faire un rapprochement entre le blépharochalasis et les troubles digestifs et les migraines qui coexistent très souvent (Scrini, observation XXIII).

A noter encore le rôle étiologique des excitations extérieures telles que le froid (Terson, observation IX), le traumatisme (Businelli, observation XII), rôle sur lequel Terson a bien insisté.

* * *

Pathogénie. — Les théories proposées pour expliquer la pathogénie du blépharochalasis sont nombreuses. Tantôt, lorsque l'examen anatomo-pathologique a pu révéler un excès de graisse dans le tissu cellulaire, cette graisse est incriminée. Tantôt, une série d'œdèmes a précédé la formation du blépharochalasis : l'œdème paraît alors en être la cause. Dans d'autres cas, plus rares, ni graisse, ni œdèmes ; d'autres hypothèses sont émises : certains auteurs pensent qu'il y a en tête du blépharochalasis une

malformation congénitale de la paupière ; d'autres croient à un trouble nerveux et à une atrophie de la peau consécutive. Pour notre part, nous avons pensé à une dégénérescence des éléments de soutien de la peau.

Nous allons examiner successivement ces différentes hypothèses.

1° *Blépharochalasis dû à une production anormale de graisse dans le tissu cellulaire de la paupière.*

Dans certains cas, comme on a pu le voir, au chapitre anatomie pathologique, et en parcourant le premier groupe de nos observations, on trouve un excès de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quelquefois il s'agirait de tissu adipeux se développant sur place pour des raisons inconnues ; plus souvent, il s'agirait de cette graisse spéciale de l'orbite, qui possède une consistance molle, due à ce que les éléments de soutien sont très peu abondants, et les pelotons adipeux très mal individualisés et de ce fait diffluent ; cette graisse s'échappe de l'orbite à travers une solution de continuité du muscle orbiculaire, formant une véritable hernie orbitaire. La pathogénie de l'affection semble alors très simple ; il s'agit de graisse dont l'accumulation a refoulé peu à peu le tégument de la paupière, a produit des décollements entre la peau et le tarse. Cette peau décollée (si on peut s'exprimer ainsi) contenant de la graisse à son intérieur, s'est allongée et est tombée en forme de bourrelet au devant du bord ciliaire, en obéissant aux lois de la pesanteur.

La hernie orbitaire, pour des raisons anatomiques, est très difficile à concevoir ; on ne comprend pas très bien en effet comment de la graisse pourrait traverser la série de plans très résistants de la paupière ; la production sur

place de graisse l'est moins : il ne s'agit certainement pas dans ce cas d'une formation lipomateuse, mais de graisse normale qui apparaît anormalement dans la paupière. Quoiqu'il en soit, dans les deux cas, il est difficile de prouver que la distension de la peau a bien été fonction de l'accumulation de la graisse ; n'a-t-elle pas plutôt précédé l'envahissement graisseux ? Malgré tout, bien que l'on ne puisse pas prouver que la graisse existait dès le début de l'affection, cette explication pathogénique n'est pas complètement refutable ; elle est très plausible dans certains cas et c'est pourquoi nous croyons devoir la retenir.

2° *Blépharochalasis, suite d'extensions œdémateuses.*

On a vu dans le deuxième groupe de nos observations que plusieurs blépharochalasis se constituaient après une série de poussées d'œdème, entre lesquelles se faisaient parfois des rémissions. Ginestous, en raisonnant par analogie, reprend l'idée de Fuchs et se demande si l'œdème ne serait pas la cause efficiente du blépharochalasis. « Dans les autres points de l'économie, dit-il, ne voyons-nous pas le relâchement des tissus succéder à leur distension, l'abdomen se couvrir de vergetures après la grossesse et après l'ascite, la peau de la face devenir flasque et tombante chez les gens amaigris ? Le tissu lâche de la paupière obéit à cette loi générale ; ses distensions répétées diminuent son élasticité, et l'œdème une fois disparu, le contenant devient trop large pour le contenu. Ainsi s'établit ce pseudo-ptosis, le blépharochalasis, la paupière en besace. » (Ginestous) Il est de toute évidence que l'on peut adopter cette théorie pour les très nombreux cas où le blépharocha-

lasis commence par des poussées d'œdème et de congestion ; l'hypothèse est très séduisante ; malheureusement elle n'est pas applicable à tous les cas, en particulier au cas d'Oré et au nôtre (obs. I), puisqu'il n'y a pas eu d'œdème.

3^e Blépharochalasis et trouble trophique.

Terson, en reprenant le terme d'Alibert, « *dermatolysie palpébrale* » pense que l'affection est du ressort de la pathologie cutanée. Alibert entendait par *dermatolysie* une extension insolite de la peau, avec épaissement et relâchement, « et une altération particulière dans la faculté contractile de cette enveloppe. » (Alibert). « Cette membrane devenue trop large pour les parties qu'elle recouvre, s'en détache, se plie en double, en s'adossant à elle-même par sa face profonde, et retombe entraînée par son propre poids vers les régions déclives. De là, la formation des plis dont la forme et la direction sont en rapport avec la configuration des parties. (Bazin) » C'est exactement le tableau symptomatique du blépharochalasis, mais, cette vieille explication, qui date de 1830 et qui est juste en soi, ne dit pas quel est le primum movens de cette extension insolite, de cette croissance exagérée de la peau. Terson en fait un trouble trophique, développé sur un terrain névropathique, « une lésion trophonévrotique dépendant du grand sympathique. » Cette lésion provoquerait l'altération de la peau, des fibres lisses qui descendent du releveur et insèrent leur extrémité inférieure sur la face profonde de la peau, des fibres élastiques du derme et des vaisseaux. La descente, le relâchement de la peau de la paupière ne serait que la conséquence de cette atrophie des fibres lisses et élas-

tiques. L'hypothèse d'une lésion trophonévrotique dépendant du sympathique est probable, mais n'est rien moins que vérifiée ; le fait que le blépharochalasis atteint surtout des gens d'une nervosité reconnue, est en faveur de cette théorie.

4^e Malformation congénitale.

Il y a des cas de blépharochalasis manifestement congénitaux et indiscutables, tel que le cas de notre observation n^o XXVI.

Mais Scrini pense qu'en tête de la pathogénie du blépharochalasis, il faut inscrire toujours une anomalie congénitale dans la structure de la peau de la paupière supérieure, anomalie qui l'aurait privée et de sa contractilité et de son élasticité normales. De là, une certaine tendance à la dislocation dans la contexture de la paupière, un certain relâchement : sous l'influence d'une cause occasionnelle, tantôt les œdèmes, tantôt une hernie graisseuse, tantôt un trouble quelconque de l'innervation, dû soit à une auto-intoxication d'origine gastrique ou intestinale, soit à une névralgie, soit à une migraine, soit au froid ou à un traumatisme, le défaut de tonicité prédisposerait cette peau à la flaccidité et à la laxité dont dépend le ptosis. A l'appui de ce que Scrini avance viendraient certainement les examens pathologiques de Fuchs, de Lodato, de Fehr, qui montrent une diminution très appréciable des éléments anatomiques dans la couche profonde du derme. La bilatéralité des lésions, et la présence fréquente d'un épicanthus interne ou externe sont aussi en faveur de cette origine lointaine congénitale. De plus, s'il n'y avait pas une espèce de prédisposition, dû à ce défaut congénital de tonicité, com-

ment expliquer qu'il y ait des personnes sujettes à de fréquents œdèmes des paupières, échappant au blépharochalasis ?

Cette théorie est excessivement intéressante, mais malheureusement, elle manque de preuves décisives.

Notre examen histologique viendrait du reste à l'encontre de l'hypothèse précédente, puisque nous n'avons pas trouvé la moindre diminution des éléments anatomiques dans la couche profonde du derme.

5° Dégénérescence des éléments de soutien.

Pour notre part, nous basant sur ce fait que la substance chimique qui donne aux fibres élastiques ses propriétés physiques, l'élastine, se transforme chez les vieillards en élacine, substance qui n'est qu'une dégénérescence de l'élastine, et n'en a plus les propriétés caractéristiques, nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas dans le blépharochalasis d'une transformation précoce de l'élastine, survenant sous l'influence d'un trouble nerveux ; comme on l'a vu au chapitre anatomie pathologique, la réaction de Unna que nous avons employée en la modifiant, n'a pas justifié notre hypothèse.

En présence de ces théories diverses, chacune prise à part étant juste pour quelques cas, fausse pour d'autres, en présence également de la divergence des observations anatomo-pathologiques, étant donné enfin que la marche clinique de la maladie n'est pas toujours identique, nous pensons que l'on aurait tort de s'ingénier à inscrire une pathogénie semblable en tête de tous les cas ; nous sommes tout porté à croire qu'il n'y a pas un blépharochalasis, mais des blépharochalasis. La peau de la paupière

est, on le sait, d'une finesse et d'une délicatesse remarquables qui la rendent excessivement fragile ; en dehors même de toute prédisposition congénitale, des causes différentes, en provoquant soit des tiraillements, soit des atrophies des éléments qui la constituent, pourront parfaitement déterminer l'extension insolite de la peau et sa chute en avant du globe oculaire. La pathogénie étant multiple, il faut considérer le blépharochalasis comme un symptôme d'affections multiples, et ce symptôme, on le rencontre dans certaines productions graisseuses, soit formées sur place, soit venues de l'orbite ; on le rencontre après certains œdèmes répétés des paupières, après des troubles trophiques du sympathique. Enfin, dans certains cas, comme par exemple dans le nôtre, lorsqu'après les recherches les plus minutieuses, aucune cause n'a pu être mise en lumière, on est obligé d'admettre un blépharochalasis *idiopathique* ; mais nous sommes persuadé que cette classe de blépharochalasis n'est que provisoire, et que les progrès de la science, et de nouveaux procédés d'investigation permettront de dire qu'il n'y a que des *blépharochalasis symptomatiques*.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Qui a vu une fois un blépharochalasis, a-t-on dit, le reconnaîtra toujours; il n'est plus possible de faire erreur : forme en besace des deux paupières supérieures, avec une peau amincie, bleutée par des veinules, le frontal contracté, pas de douleurs, pas d'inflammation, pas de réaction thermique.

Et pourtant, dans certains cas, l'erreur est possible, et le blépharochalasis peut être confondu avec d'autres affections qui rappellent par quelques points son aspect.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec :

- A/ les *ptosis paralytiques*,
- B/ les *faux ptosis*,
- C/ les *œdèmes des paupières*,
- D/ certaines *tumeurs des paupières*,
Elephantiasis,
Lymphadénome,
Névrome plexiforme,
Lymphangiome,
Angiome,
- E/ l'*emphysème des paupières*,
la *dacryoptose*.

A/ PTOSIS.

Le diagnostic avec les ptosis se fait très facilement : dans les ptosis, ce n'est pas seulement la peau, mais la totalité de la paupière qui est ptosée : le bord ciliaire est manifestement abaissé et c'est lui qui vient recouvrir l'œil ; il n'y a pas l'aspect caractéristique en besace. De plus, il y a un signe pathognomonique qui consiste en ce que le sujet atteint de ptosis est absolument impuissant à relever la paupière par l'action du muscle releveur. On cherchera également les causes de ptosis paralytiques, ce qui contribuera à parachever un diagnostic facile.

On éliminera successivement :

1° Les *ptosis congénitaux*. — Ils sont dus à l'absence congénitale du releveur de la paupière supérieure ; le ptosis existe depuis la naissance, et l'examen ne découvre aucune cause permettant de penser à une paralysie du releveur ; il s'accompagne souvent d'autres malformations et stigmates.

2° Les *ptosis acquis*. — Ils sont dus à la paralysie du releveur ; on en recherchera la cause qui peut être un traumatisme, une cause locale ou une cause générale.

Traumatismes : Le traumatisme peut être une cause directe (section, écrasement du muscle ou du nerf) ; le diagnostic se fait très facilement en constatant le siège de la blessure.

Le traumatisme peut être cause indirecte. Ainsi, un traumatisme crânien a pu déterminer une fracture de la pointe interne du rocher, d'où lésion du moteur oculaire commun, d'où paralysie du releveur ; mais, dans ce cas, on a en plus les signes ordinaires des fractures de la base du crâne.

Causes orbitaires. — Ce sont des tumeurs ou des lésions de sinusite frontale ou sphénoïdale, des tumeurs qui occupent les cavités voisines de l'orbite, des anévrysmes, des tumeurs orbitaires de différente nature, toutes affections qui produisent des compressions nerveuses, principalement la compression du sympathique, et donnent de ce chef des troubles du côté de la nutrition et de l'innervation des paupières; mais en même temps, on trouve des troubles iriens, en particulier du rétrécissement pupillaire, et de l'enophtalmie.

Causes générales. — Elles sont tantôt sans localisation encéphalique apparente, tantôt, elles sont dues à une affection cérébro spinale en évolution, ou à une affection périphérique du nerf ou du muscle; ptoses syphilitiques plus ou moins définitives, plus ou moins fugaces se manifestant à n'importe quelle époque de l'infection; ptoses symptomatiques d'une hémorragie cérébrale; plus rarement, ptoses dues à la syringomyélie, à la paralysie générale, à la poli-encéphalomyélite aiguë, aux tumeurs cérébrales, au zona, etc. On trouve encore des ptosis dans plusieurs névroses, et en particulier l'hystérie, dans diverses intoxications (diphthérie, botulisme, oxyde de carbone), dans une foule d'infections générales (fièvres éruptives, fièvre typhoïde), dans les myopathies et les névralgies faciales. On recherchera les autres symptômes de ces diverses affections, et le blépharochalasis sera par suite vite éliminé.

Ptosis de cause sympathique. — Il est d'une intensité moyenne, non complet, et il y a en même temps un certain degré d'enophtalmie et de l'hypotermie; la pupille est plus petite que celle du côté sain.

B/ FAUX PTOSIS.

Le *faux ptosis atonique* des vieillards est un relâchement de toute la surface cutanée qui se développe progressivement et lentement, et ne se rencontre que chez les gens âgés.

Les faux ptosis qui accompagnent une affection cutanée ou conjonctivale sont faciles à diagnostiquer en examinant la conjonctive pour y constater les granulations caractéristiques du trachome, en examinant la cornée pour y constater une kératite. Un kyste dermoïde fronto-orbitaire peut donner ausssi lieu à un faux ptosis.

C/ ŒDÈMES DES PAUPIÈRES

A la période de début du blépharochalasis, nous avons vu qu'il y avait très souvent une série de gonflements œdémateux. Cet œdème est un œdème nerveux, qui survient sans cause appréciable, apparaît rapidement et disparaît aussi vite qu'il était venu ; en même temps que cet œdème, le pli caractéristique se forme. Il y a toute une série d'œdèmes à éliminer :

1) On éliminera facilement les *œdèmes inflammatoires*, dus à un érysipèle, à des abcès, à un phlegmon des paupières, puisque dans le blépharochalasis, il n'y a pas de signes d'infection locale.

2) Une *sinusite* peut donner un gonflement œdémateux des paupières supérieures ; on chassera cette hypothèse en constatant l'écoulement de pus par les fosses nasales et une névralgie faciale.

3) L'*œdème malin* des paupières peut au début faire croire au blépharochalasis : l'apparition de la pustule charbonneuse vient lever les doutes.

4) L'*œdème* des paupières, d'origine *néphrétique*, sera

très facilement reconnu par les signes particuliers aux néphrites, et l'analyse des urines.

5) L'*urticaire* peut produire parfois un œdème des paupières considérable qui s'accompagne de ptose ; mais presque toute la surface du corps est également atteinte, et le malade est agacé par un prurit pénible.

6) La *maladie de Quincke* qui a des rapports de ressemblance nombreux avec l'urticaire. Mais la tuméfaction œdémateuse ne se localiserait pas exclusivement à la paupière ; il y aurait de la douleur, du prurit, de la fièvre, de la céphalée, de la torpeur intellectuelle.

D/ TUMEURS DES PAUPIÈRES.

Certaines tumeurs des paupières peuvent encore être confondues avec le blépharochalasis.

Eléphantiasis. — Il y a un développement exagéré de la peau et du tissu cellulaire sous cutané qui forment une masse épaisse et rugueuse qui tombe en avant du globe de l'œil ; cette affection est souvent consécutive à un traumatisme ou à une inflammation ; elle n'est pas exclusivement localisée à la paupière supérieure. Dans le blépharochalasis au contraire, la peau est amincie, et le tissu cellulaire sous cutané n'est pas intéressé, et il y a ni inflammation, ni traumatisme au début.

Lymphadénome. — Tumeur de consistance dure ou irréductible, douloureuse, formée de petites cellules rondes, maintenues par une trame connective entre la conjonctive et le tarse. Le lymphadénome peut être localisé à la paupière inférieure. Son développement est insidieux. L'analyse du sang des malades montre de la leucocytose.

Névrome plexiforme. — Comme dans le blépharochalasis, la paupière est tombante ; elle recouvre également à

la façon d'un voile le globe de l'œil ; mais, la palpation nous permet de constater que ce n'est pas seulement la peau qui est en question ; on sent, roulant sous le doigt « comme des paquets de vers de terre » des cordons durs formés par les nerfs et l'on voit un *ptosis oblique externe* (Rollet et Lafforgue). Dans le blépharochalasis, on n'a jamais à la palpation cette sensation de nodosités ; de plus, le névrome plexiforme est toujours congénital, tandis que le blépharochalasis survient généralement entre dix et quinze ans. Le névrome plexiforme diffère encore par sa marche qui est lente, et il est ordinairement unilatéral.

Angiome. — L'angiome est caractérisé par une coloration rouge ou violacée très prononcée, des téguments et une augmentation appréciable de volume au moment des efforts ; il est complètement réductible à la pression. Dans le blépharochalasis, pas de coloration ou légère teinte violette, pas de battements, pas de réduction à la pression. Il est probable que les cas observés par Rohmer et décrits sous le nom d'angiomégalie des paupières, n'étaient pas, comme il le croyait, du blépharochalasis. Ils présentaient en effet nettement les caractères de l'angiome cutané, tels que nous venons de les donner, et c'est pourquoi nous avons omis volontairement les cas de Rohmer dans cette étude.

Lymphangiome. — Comme l'angiome, il présente des variations de volume, de couleur et de tension ; il est toujours congénital ; son accroissement est rapide, mais s'étend au-delà des paupières. A la palpation, on sent une tumeur de consistance dure. La peau est adhérente et comme infiltrée elle-même ; elle est le siège d'une

desquamation en assez larges plaques : autant de caractères différentiels avec le blépharochalasis.

E/ *L'emphysème* des paupières, survenant, par exemple, à la suite d'un cathétérisme des canaux lacrymaux, apparaît brusquement et disparaît aussi vite qu'il était venu, sans laisser de traces ; à la palpation, on perçoit la crépitation caractéristique.

La *dacryoptose* ou luxation palpébrale des glandes lacrymales : c'est une affection très rare ; il y a chute de la partie externe du tégument de la paupière comme dans le blépharochalasis ; mais la palpation permet de sentir un petit corps dur, de la grosseur d'un petit haricot, dans la région externe de l'orbite, roulant sous le doigt et réductible dans l'orbite. Elle coïncide du reste souvent avec le blépharochalasis, ou vient le compliquer.

On ne confondra pas le blépharochalasis avec le *géromorphisme cutané*, décrit par Charcot et Souques, affection des jeunes gens, caractérisée par un plissement considérable et un fort relâchement de la peau qui est flasque, ridée et ressemble à celle d'un vieillard.

Nous ne croyons pas que le diagnostic soit à faire entre la dermatolysie palpébrale et blépharochalasis, pensant avec Terson qu'il s'agit là d'une seule et même affection.

CHAPITRE VII

Pronostic et Traitement

Pronostic. — Le blépharochalasis est une affection en général très bénigne ; elle ne se complique guère que de dacryodénoptose et d'une façon excessivement rare d'entropion qui peut donner des lésions cornéennes; mais, le plus souvent, le globe oculaire est intègre. Le blépharochalasis constitue cependant une difformité très ennuyeuse, qui dans les cas légers nuit à l'esthétique du visage, et dans les cas prononcés peut gêner la vision, en obturant d'une façon plus ou moins complète le champ pupillaire. Si on ajoute à cela que les malades marchent le nez en l'air de façon à voir sous leur voile, qu'ils contractent désespérément leur frontal, qu'ils sont parfois obligés dans les cas extrêmes de soulever leur voile avec les doigts, l'action du frontal et du releveur combinés n'arrivant pas à supprimer l'obstacle, on comprendra que leur situation quoique peu grave, est fort désagréable, et que sans être d'une coquetterie poussée à l'extrême, ils demandent souvent à être traités.

Traitement. — Il doit être général et local.

Nous avons vu que Scrini pense qu'il peut y avoir une relation entre le blépharochalasis et les troubles toxico-névropathiques que présentent ces malades ; on soignera donc les névralgies, les troubles dyspeptiques, les auto-intoxications par les moyens habituels : antiseptiques, laxatifs, lavements, massages.

Quant au traitement local, il a pour but de remédier directement à la déformation palpébrale, en supprimant le voile disgracieux et encombrant. On avait autrefois préconisé les injections irritantes, mais elles n'ont jamais donné de succès ; on a essayé également l'électrothérapie, sans résultat appréciable non plus.

Le traitement chirurgical est le seul que l'on emploie à l'heure actuelle ; il consiste à exciser un lambeau de tégument de la paupière supérieure, lambeau qui aura la forme d'une côte de melon. Dans un premier temps, on fera une incision, qui limitera inférieurement le lambeau : cette incision ira de l'angle interne à l'angle externe en passant à 4 millimètres du bord libre ; puis on fera une seconde incision, supérieure, qui sera plus ou moins haute suivant le degré d'extension du repli palpébral.

Dans un deuxième temps, on suturera la peau, en ayant soin de prendre dans les fils métalliques ou les crins le bord supérieur du tarse de façon à rétablir l'adhérence de la peau avec le plan profond.

Il sera préférable de pratiquer une suture intra dermique que M. le Professeur Rollet utilise communément pour toutes opérations palpébrales ou péri-orbitaires : ablation de la glande lacrymale principale, kystes, etc...

Il faudra tenir compte dans la mesure du lambeau à

exciser de la rétraction cicatricielle, et ne pas oublier qu'il vaut mieux exciser un lambeau un peu trop petit que trop grand ; dans le premier cas, le blépharochalasis semble, il est vrai, incomplètement corrigé dans les premiers jours, mais quelques jours après, la rétraction cicatricielle ayant agi, la correction est parfaite ; dans le deuxième cas, le blépharochalasis qui semble parfaitement corrigé au début, l'est beaucoup trop plus tard ; la fermeture de la fente palpébrale n'est plus complète, et il peut y avoir de l'ectropion.

L'opération est surtout indiquée dans les cas où la gêne visuelle est considérable ; on ne la pratiquera que chez les gens âgés ; elle est contre-indiquée au moment des poussées œdémateuses. Son pronostic est bénin, et les récidives sont rares.

CONCLUSIONS

I. — Le blépharochalasis est caractérisé essentiellement par la chute de la peau de la paupière supérieure qui forme un pli tombant au devant de la paupière proprement dite, et s'abaissant même jusqu'au-dessous du bord ciliaire ; cette ptose ne s'accompagne pas de paralysie du releveur.

II. — Dans les cas publiés, les constatations anatomo-pathologiques ont montré des lésions dissemblables : atrophie du derme dans sa totalité, atrophie des fibres élastiques, la diminution du nombre de ces éléments, légère augmentation du nombre des vaisseaux. Pour notre part, nous avons trouvé le fragment de paupière incisé absolument normal, sans altération des éléments collagènes et élastiques.

III. — Si le même aspect clinique reconnaît pour cause des lésions différentes, à chacune d'elles doit correspondre une pathogénie différente vraisemblablement. On a admis jusqu'ici la hernie graisseuse à point de départ orbitaire, la production adipeuse *in situ* sous la peau de la paupière, les œdèmes répétés, une malformation congénitale, des troubles trophiques ; mais chacune de ces pathogénies n'est exacte que pour l'observation qui l'a inspirée ou pour une série d'observations.

IV. — Pourquoi admettre un blépharochalasis univoque, puisque la pathogénie et l'anatomie pathologique sont variables suivant les cas, des causes différentes produisant les mêmes effets ? Il faudrait peut-être considérer le blépharochalasis comme le seul symptôme visible de lésions différentes et admettre qu'il y a plusieurs classes de blépharochalasis.

V. — Le diagnostic est facile. On le fera :

1^o avec les *ptosis paralytiques* : dans le blépharochalasis, ce n'est pas le bord ciliaire de la paupière qui vient recouvrir l'œil, mais une replication de la peau de la paupière qui tombe en avant de celle-ci et peut descendre assez bas pour gêner au même titre qu'un ptosis la vision.

2^o avec les *œdèmes des paupières*, au début seulement : l'œdème inconstant du blépharochalasis est un œdème spécial, probablement nerveux ; on éliminera tous les œdèmes pour lesquels on trouve une cause évidente.

3^o avec *certaines tumeurs*, et principalement :

a) *l'éléphantiasis*, qui est caractérisé par une hypertrophie et un épaississement de la peau ;

b) *le névrome plexiforme* : à la palpation, on sent le réseau caractéristique de cordons durs, formés par les nerfs ;

c) *l'angiome* qui présente des variations de coloration et de volume.

VI. — Le pronostic est bénin, et le traitement consiste en l'ablation du pli de peau suivie de suture intradermique.

Le Président de la Thèse,

VU :

Etienne ROLLET.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 29 novembre 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — Monographie des dermatoses, tome II, p. 719, 1835.
- ARTL. — *Handbuch der Augenheilk. von Graefe und Saemisch*, Bd 2, p. 454.
- BACH. — Ueber symetrische Lipomatosis der Oberlider (Blépharochalasis). *Arc. f. Augenheilk.* LIV, p. 73, 1906.
- BERARDINIS. — Blefarocalasis: contributo clinico ed anatomico. — *Annali di Ottalm.*, XXIV, p. 841, 1903.
- BOUTE. — De l'éléphantis des paupières non congénital, et se produisant à la suite de poussées d'origine microbienne. *Thèse, Paris*, 1902-1903.
- BUFILL. — Blefarochalasis y blefaroptosis. *Archiv. de Oft.* p. 696, 1908.
- BUSINELLI. — Clinica moderna. Août 1896.
- CHARCOT et SOUQUES. — Géromorphisme cutané. *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, t. IV.
- H. COPPEZ. — *Journal médical de Bruxelles*, n° du 10 novembre 1898, p. 547.
- DALEN. — Ein Fall von blepharochalasis Mitteilungen ans der Augenlinik des Carolinischen Medico Chirurgischen Instituts zu Stockholm. Heft IV. *Verlag von Gustav. Fischer, in Iena*, 1902.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Tome XXVII. Article: dermatolyse, par Bazin, 1869.
- FEHR. — Ein Fall von Lidhaut. *Centralbl. f. Augenheilk.* 1898, p. 74.

- FERRON. — De l'œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets.
Thèse, Paris 1902.
- FRENKEL. — Paupières en besace, *Toulouse Médical*, 15 mars 1903.
- FUCHS. — Ueber Blepharochalasis (Erschlaffung der Lidhaut). *Wien. med. Wochenschrift*, 8 décembre 1895.
- GALEZOWSKI. — Recueil d'ophtalmologie, 1877-1878.
- GINESTOUS. — Un cas de blépharochalasis. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, Bordeaux, juillet 1913.
- HAAB. — Atlas des maladies externes de l'œil. *Edition française, par Terson*, planches VIII et IX, 1899.
- LAFFER. — Blepharochalasis ; a report of a case of this trophoneurosis, involving also the upperlid. *Cleveland med. Journal, March*, 1909.
- LAFON et VILLEMONTÉ. — Archives d'ophtalmologie, octobre 1908.
- LAFFORGUE. — Le névrome plexiforme de la paupière supérieure.
Etude clinique et étiologique, Thèse, Lyon, 1898.
- LAGRANGE et VALUDE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie.
Tome V, 1906.
- DE LAPERSONNE. — Rapport sur le travail de Scrinì. *Société d'ophtalmologie de Paris*, 12 juin 1906.
- LODATO. — Blepharochalasis. Contribution clinique et anatomopathologique. *Archivio di Ottalmologia*, XI, 1903.
- LÆSER. — Über Blepharochalasis und ihre Beziehung zu verwandten Krankheith bildern nebst Mitteilung eines Falles von Blepharochalasis mit spontan luxation der Tranendrüse. (*Arch. f. Augenheilk.* LXI, p. 252, 1908.
- LÆSER. — Doppelseitige Blepharochalasis (Berlin, Ophth. Gessellsch).
Centralbl. f. prakt. Augenheilk. p. 203.
- MACKENZIE. — *A practical treatise on the diseases of the eye*, 4^e édition, p. 454, 1854.
- MASSON. — Contribution à l'étude de l'angiomégalie symétrique des paupières supérieures. *Thèse, Nancy*, 1903.
- ORÉ. — Blépharochalasis. *Thèse, Bordeaux*, 1906-1907.
- PANAS. — Leçons de clinique ophtalmologique, Paris, 1903.
- PICK. — Blepharochalasis. *Deutsch. medical Wochenschrift. Vereinsbeilage*, 1899.

- PROUST. — Ptoses cutanées. *Thèse de doctorat*, Paris, 1904.
- ROHMER. — XIII^e Congrès international de médecine. *Section d'ophtalmologie*, 1900. *Compte rendu* 220-221.
- ROHMER. — De l'angiomégalie symétrique des paupières supérieures. *Archives d'ophtalmologie*, août 1900, XX, 407-432.
- ROLLET et COMMANDEUR. — De la suture intra-dermique. *Arch. prov. de chirurgie*, 9 janvier 1896.
- ROLLET et GENET. — Blépharochalasis bilatéral. *Lyon Médical*, juin 1913.
- SCHMIDT-RIMPLER. — Fett Hernien der oberen Augenlider. *Centralb. f. Augenheilk.* 1899, p. 297.
- SCIMEMI. — Dermatolysie palpébrale. *Bull. de la Soc. des Sciences méd. et nat. Cagliari*, 1907, n° 4.
- SICHEL. — *Annales d'oculistique*, 1844, p. 187.
- SCRINI. — Un cas de blépharochalasis. *Archives d'ophtalmologie*, XXVI, 1906, p. 440.
- TERSON. — Dermatolysie palpébrale. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. V. p. 493.
- TERSON. — Dermatolysie palpébrale. *Archives d'ophtalmologie*, juin 1904.
- UNNA. — Articles Elastin und Elacin, p. 94. — Kollastin und Kollacin, p. 421. — *Jahresbericht für Anatomie*.
- WAGENMANN. — Ein Fall von doppelseitiger Ptosis adiposa bei einem 16 jährigen jungen Manne. *Ber. üb. d. 34. Vers. opht. Gesellsch.*, p. 274.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — Historique et Synonymes	13
CHAPITRE II. — Observations	16
1° Observations de blépharochalasis sans œdèmes préa- lables, et dans lesquels à l'examen histologique, on ne trouve pas de graisse dans le tissu cellulaire. .	17
2° Observations de blépharochalasis avec présence de de graisse dans le tissu palpébral.	21
3° Observations de blépharochalasis avec poussées d'œdèmes au début	24
4° Cas de blépharochalasis héréditaire et congénital aug- menté par des poussées d'œdèmes	32
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	34
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	37
CHAPITRE V. — Etiologie et Pathogénie	44
CHAPITRE VI. — Diagnostic	52
CHAPITRE VII. — Pronostic et Traitement.	59
CONCLUSIONS.	62
BIBLIOGRAPHIE	65

